

**Ergebnisse sprachverbessernder Operationen in den
Jahren 1961 bis 1971 an der
Münchener Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und
Kieferkrankheiten**

Hermann H. Specht

—
1974
—

Aus der Zahn-, Mund- und Kieferklinik
der Universität München
Damaliger Direktor: Prof.Dr.Dr.J. Heiss

Ergebnisse sprachverbessernder
Operationen in den Jahren
1961 bis 1971 an der
Münchener Universitätsklinik
für Zahn-, Mund- und Kiefer-
krankheiten



Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig Maximilian - Universität München

vorgelegt von
Hermann H. Specht, Zahnarzt
in Mindelheim

1974



1. Berichterstatter: Prof.Dr.Dr. Schlegel

2. Berichterstatter: Prof.Dr. Hecker

Dekan: Prof.Dr. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 19.2.1974

G l i e d e r u n g

- I. Einleitung
- II. Bericht zu Ergebnissen sprachverbessernder
 Operationen
- III. Eigene Untersuchungen a. Patientengut der
 Jahre 1961-71
 b. Operationsverfahren
 c. Erhebungsmethode
 d. Ergebnis der Befragung
- IV. Kritische Betrachtung der Ergebnisse
- V. Zusammenfassung
- VI. Literaturhinweise



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551924_0059

I. Einleitung

Die Sprache ist das wichtigste Kommunikationsmittel des Menschen. Das gesprochene Wort befähigt ihn, sich spontan seiner Umgebung mitzuteilen.

Eine Sprechstörung behindert den Menschen in seiner sozialen Entwicklung, da sie ihn von seiner Umgebung trennt.

Die Scheu zu sprechen, weil die Sprache mangelhaft oder unverständlich ist, führt häufig zu Isolation und geistiger Verarmung. "In seiner Sprechfähigkeit verwirklicht sich der Mensch als soziales Wesen" (Trentschel).

Im Rahmen der Arbeiten von Schlegel lag unsere Aufgabe darin, die Ergebnisse sprachverbessernder Operationen zu überprüfen.

Hierbei handelte es sich um Eingriffe, die der Verbesserung eines mangelhaften Nasen-Rachenabschlusses dienten. Wir wollten wissen, ob die Operationen eine Verbesserung des pathologischen Sprechzustands der Rhinolalia aperta erbracht hatten.

Bei unseren vorbereitenden Untersuchungen stellte sich heraus, daß die Zahl der Patienten nicht sehr groß war und daß zusätzlich bei einer Anzahl bereits eine Sprech-erziehung durchgeführt oder begonnen war.

Eine Untersuchung des rein postoperativen Befundes war deshalb nur in wenigen Fällen möglich.

Aus diesen Gründen entschlossen wir uns, eine Fragebogenaktion durchzuführen, wobei wir uns der Tatsache bewußt waren, daß die Beurteilung durch die Patienten subjektiver Natur sein würde. Wir waren aber der Meinung, daß wir neben der möglichst vollständigen Erfassung des Patientenkreises durchaus wertvolle Aufschlüsse durch eine klare und differenzierte Fragestellung erbringen würden.

II. Berichte zu Ergebnissen sprachverbessernder Operationen

Über 100 Jahre kann man die Bemühungen zurückverfolgen, das Näseln operativ zu beseitigen.

Historisch ist dieses Gebiet der Chirurgie mit dem Namen PASSAVANT verbunden, der sich nicht nur durch zwei Abhandlungen aus den Jahren 1863 und 1869 mit der Anatomie und Physiologie des Schlundkopfes beschäftigte, sondern auch Operationsverfahren zur Beseitigung der Rhinolalia aperta angab, wie HERFERT berichtet.

Derselbe Autor bezweifelt aber den praktischen Wert der Operationsmethode nach Passavant zur Einengung des Mesopharynx mittels Vereinigung der hinteren Gaumenbögen.

AXHAUSEN veröffentlichte einen Bericht über Sprachbefunde bei 298 operierten Spaltträgern, aus dem eine Erfolgsquote von 87 % hervorgeht. Er erzielte eine "uneingeschränkte normale Sprache" bei 73,5 % der Fälle. Bei 13,5 % stellte der Autor nur kleine Abwegigkeiten im Sprachbild fest, die mit der Gaumenfunktion nicht im Zusammenhang gestanden hätten.

Über Sprachergebnisse bei 200 Patienten nach primärer Velumplastik berichtet SCHWECKENDIECK.

Er teilt, das sei hier angedeutet, die postoperativen Befunde in vier Ergebnisgruppen ein:

1. normale Sprache, 2. kleine Artikulationsfehler, leichtes Näseln, 3. stärkere Artikulationsfehler, auffallendes Näseln, 4. unbefriedigendes Ergebnis.

Bei Zusammenfassung der Gruppen 1 und 2 ergibt sich nach dem Bericht des Autors bei Spalten des harten und weichen Gaumens eine Erfolgsquote von 72 % und von 92 %. Bei einseitigen beziehungsweise doppelten Lippen-Kiefer-Gaumenspalten lauten die Zahlen 72 %, beziehungsweise 70 %.

LOEBELL, E. und LOEBELL, G., berichten über die Ergebnisse der Pharyngoplastik nach der Münchner Methode. Von 21 Patienten brauchten 3 keine Sprechtherapie, 4 verzichteten wegen des positiven Erfolges von sich aus und 8 Patienten waren zufrieden nach einer Sprecherziehung. Bei 5 Patienten war der Befund wesentlich verbessert, 4 Fälle wurden als unbefriedigend bezeichnet.

CONWAY und DICRAN erzielten nach ihrem Bericht über 162 in einem Zeitraum von 25 Jahren operierten Patienten mit 87,7 % einen ähnlichen hohen Anteil an erfolgreichen Therapieergebnissen wie AXHAUSEN. Sie kennzeichnen den positiven Befund als "annehm-bare Sprache" und veranlaßten bei der Hälfte der erfolgreich operierten Patienten eine Sprecherziehung, um "maximale Ergebnisse zu erzielen".

12,3 % der Fälle charakterisieren sie mit "weniger als annehmbar." Die Rate der Komplikationen lag nach ihrer Veröffentlichung in den Jahren von 1935 bis 1955 bei 4,94 %. In dem Zeitraum von 1955 bis 1960 sei sie auf 1,23 % zurück gegangen.

Ein interessantes Detail steuern SMITH, HUFFMAN, LIELE und MOLL in einem Bericht über 123 Patienten bei, an denen eine Pharynxplastik vorgenommen worden war. Sie sprechen von: "39 % being at the dull-normal borderline or mentally defective."

Nur 61 % seien als normal oder überdurchschnittlich intelligent zu bezeichnen, während die Norm in der Bevölkerung bei 75 % läge.

Bei 70 % sprechen sie von guten chirurgischen Ergebnissen, während sie nur in 34,2 % eine normale Sprache nach der Operation festgestellt hätten. Bei der Überwiegenden Mehrheit der nachuntersuchten Patienten haben sie eine deutliche Steigerung des velopharyngealen Abschlusses festgestellt.

COX und SILVERSTEIN kommen bei einer Nachuntersuchung von 37 Patienten, an denen primäre und sekundäre Pharynxplastiken vorgenommen worden waren zu folgendem Schluß: "Both the surgical and speech results indicate, that the posterior pharyngeal flap is a very good corrective procedure for the primary and secondary repair of velopharyngeal insufficiency".

TRENTSCHEL berichtet über 35 Spaltfälle. Bei 6 Fällen, zu denen ein präoperativer Sprachbefund aufgenommen worden sei, habe man keine direkte Veränderung der Artikulation festgestellt. Dazu hätte es nach Ansicht des Autors eines längeren Zeitraums zwischen Operation und Sprachbefundes bedurft.

Nach 3-4wöchiger stationärer "Stoßtherapie" berichtet er über 24 Patienten mit "noch schwacher nasaler Aspiration", 5 Patienten mit "noch starker näseler Klangqualität" und einem Patienten mit "noch starker näseler Klangqualität", wobei in diesem Fall der Sprechunterricht vorzeitig abgebrochen worden sei.

Nach einem Bericht von TRENTSCHEL und SCHÖNBERGER, veröffentlicht 1963, haben die Autoren 6 - 10 Wochen nach sprachverbessernden Operationen eine Mißerfolgsquote von 10 % und geringe Restschäden bei 25 % der Fälle zu verzeichnen.

Die Indikation zur Operation war von Chirurgen und Logopäden gemeinsam erarbeitet worden. Auf die Vorzüge dieses Verfahrens weist TRENTSCHEL auch an anderer Stelle ausdrücklich hin, wobei er sich auch auf Rosenthal bezieht.

GRIMM, MEINHOLD und SUTTNER veröffentlichen einen Bericht über eine Nachuntersuchung von 16 Fällen. Die besten Ergebnisse hätten dabei die Patienten gezeigt, die nach der Technik von Sanvenero-Rosselli operiert worden seien. Sie erwähnen, daß 20 - 40 % aller sprachverbessernder Operationen zu unbefriedigenden Ergebnissen führen, was sie unter anderem damit begründen, daß die angeborenen Mißbildungen sich auf den ganzen Pharynx erstrecken könnten und damit den Operationsmethoden der Gaumenplastik entzogen seien.

STURIM und JACOB berichten in neuester Zeit über ein Verfahren, bei dem Teflon in Glycerin unter die Rachenhinterwand gespritzt wird.

Anläßlich einer Nachuntersuchung von 23 Patienten konnte nach einem Zeitraum von mindestens einem Jahr eine deutliche Sprachverbesserung in allen Fällen beobachtet werden.

Mc. COY und ZAHORSKY veröffentlichten 1972 einen noch vorläufigen Bericht über eine Operationstechnik, bei der ein Pharynxlappen mit neuromuskulären Einheiten aus der Pharynxhinterwand geklappt wird. Die Autoren weisen auf die günstige Zügelwirkung des horizontalen Brückenlappens hin, der auch einen guten velo-pharyngealen Abschluß biete.

Ihre Ergebnisse seien ermutigend, wobei sie jedoch betonen, daß sie noch auf zu wenig Fälle verweisen könnten.

III. Eigene Untersuchungen

III a. Patientengut der Jahre 1961-71

Die Zahl der Patienten, bei denen sprachverbessernde Eingriffe erfolgten, in den Jahren 1961-71 betrug 49. Es handelte sich um 19 weibliche und 30 männliche Personen. Aus den Krankengeschichten ließen sich bei 46 Patienten eindeutige präoperative Befunde entnehmen.

Es handelte sich um:

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten	25
Gaumenspalten	12
Velumspalten	4
Veluminsuffizienz	3
Gaumensegellähmung	1
Zustand nach Tumoroperation	1

Die Verteilung der
Operationsarten:

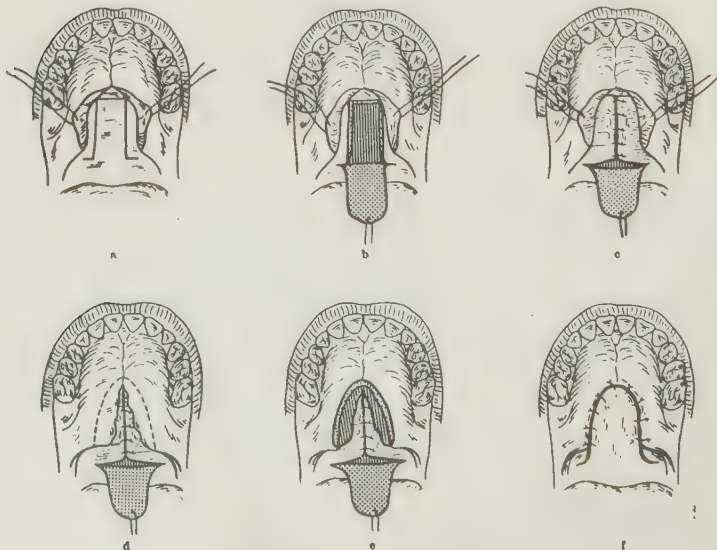
Schönborn-Rosenthal	30
Sanvenero-Rosselli	1
ohne genaue Bezeichnung	18

Bei 5 Patienten wurde im Anschluß eine Korrektur-
operation vorgenommen. In 4 Fällen handelte es sich
um eine Umkehrplastik nach Trauner, in einem Fall um
eine Verstärkung des Passavant'schen Wulstes. Nicht
gelingen war die Operation bei einem Patienten.

III b. Operationsverfahren

In 30 Fällen wurde die Technik nach Schönborn-Rosen-
thal angewandt, in einem Fall die Technik nach
Sanvenero-Rosselli. Beide Verfahren seien im Schema
gezeigt.

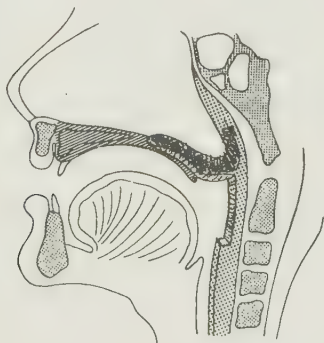
1. Schema der Pharyngoplastik nach SCHÖNBORN-ROSENTHAL



- a. Schnittführung an der hinteren Rachenwand
- b. Der Pharynxlappen mit unten liegendem Lappenfuß ist abpräpariert.
- c. Nach Unterminierung der seitlichen Pharynxwände ist die Pharynxwunde durch Knopfnähte geschlossen.
- d. Auf dem Velum sind Inzisionen vorgenommen, die die Velumwunde begrenzen.
- e. Durch Abtragen der oberen oralen Schichten ist die Velumwunde dargestellt.
- f. Durch Knopfnähte ist der Pharynxlappen auf die Velumwunde aufgesteppt. Die Pharyngoplastik ist beendet.

(Aus HERFERT, O., "Sprachverbessernde Operationen nach funktionell unbefriedigender Gaumenplastik und Tonsillektomie")

2. Schema des Verfahrens nach SANVENERO-ROSSELLI



Schema der Pharynxlappeneinpfanzung auf die nasale Fläche des Velums. (Schnitt in der Medianebene von der Seite betrachtet)



Schema der Pharynxklappenbildung mit kranialem Fuß
und der Aufspaltung des Velums.

(Aus HERFERT, O., "Sprachverbessernde Operationen
nach funktionell unbefriedigender Gaumenplastik und
Tonsillektomie")

III c. Erhebungsmethode

Der Fragebogen begann mit einem kurzen Brief an die Patienten, in dem um Mitarbeit gebeten wurde.

Dann folgten 24 Fragen. Je nach Fragestellung bestanden die Antworten in:

1. Einsetzen eines Kreuzes in ein Kästchen
2. Einsetzen einer Zahl
3. Schreiben eines einfachen Begriffes

Nun zu den Fragen im Einzelnen, an die sich die betreffenden Erläuterungen anschließen werden.

Frage 1: Bestand oder besteht bei Ihnen eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte? ja/nein

Frage 2: Ist nach der Operation eine Sprech-erziehung durchgeführt worden? ja/nein

Frage 3: Hat sich die Sprache Ihrer Ansicht nach durch die Operation
sehr gebessert gebessert nicht gebessert?

Frage 4: Hat sich die Sprache Ihrer Ansicht nach erst nach einer Sprecherziehung
sehr gebessert gebessert nicht gebessert?

Frage 5: Ist die Sprache Ihrer Ansicht nach jetzt

normal: lautreine fließende Sprache,
 sehr gut verständlich,
 kein Unterschied zur Umgebung

brauchbar: gut verständlich,
nur leicht näselnd

mangelhaft: schwer verständlich,
mit Nebengeräuschen,
mit Nasendurchschlag,
mit Aussprache Fehlern

Frage 6: Besteht Stottern, Stammeln oder eine Scheu zu sprechen? ja/nein

Frage 7: Falls bei Ihnen keine Sprecherziehung durchgeführt wurde, was war der Grund dafür?

- a. Zufrieden mit der Sprache nach der Operation
- b. Keine Zeit für Sprecherziehung
- c. Die Entfernung zu einem Institut für Sprecherziehung war zu groß.

Frage 8: Müssen Sie beim Sprechen Grimassen schneiden? ja/nein

Frage 9: Wann haben Sie ein Näseln zum ersten Mal bemerkt?
Ungefähre Jahreszahl genügt!

Frage 10: Hatten Sie schon einmal eine schwere
Mittelohrentzündung? ja/nein

Frage 11: Hatten Sie schon einmal eine schwere Mandelentzündung? ja/nein

Frage 12: Sonstige Kinderkrankheiten?

Frage 13: Sie besuchten (oder das Kind besuchte/besucht)

☐ eine Volksschule

☐ eine Mittelschule

☐ eine Oberschule

☐ sonstige Schule

Frage 14: Kamen Sie (der Patient) gut in der Schule mit? ja/nein

- Frage 15: Wurden Sie (der Patient) einmal
nicht versetzt? ja/nein
- Frage 16: Hatten Sie in der Schule Hemmungen
wegen Ihrer Sprachstörung? ja/nein
- Frage 17: Wurden Sie in der Schule oder in
Ihrer Umgebung wegen Ihrer Sprach-
störung gehänselt? ja/nein
- Frage 18: Waren diese Hemmungen der Grund
dafür, daß Sie sich operieren ließen ja/nein
- Frage 19: Wert hat Ihnen geraten, sich operieren
zu lassen?
Arzt Freunde Eltern sonstige Personen
- Frage 20: Hat Ihnen jemand abgeraten, sich
operieren zu lassen? ja/nein
- Frage 21: Vor der Operation wohnten Sie in einer
Großstadt
Mittelstadt
Kleinstadt
Dorf
- Frage 22: Wieviel Geschwister haben/hatten Sie Zahl
keine
- Frage 23: Gibt es oder gab es in Ihrer Familie
Personen, die unter der gleichen Sprach-
störung leiden/litten wie Sie? ja/nein
- Frage 24: Sind diese Personen behandelt worden? ja/nein

Es folgt die Erläuterung der Fragen.

Zu Frage 1: Diese Frage sollte der Patient nach seinem Wissen beantworten. Wir haben anhand der Krankengeschichte geprüft, ob der Patient über sein Krankheitsbild unterrichtet war.

Zu Frage 2: Sie erwies sich als notwendig, weil eine Sprecherziehung, die der sprachverbessernden Operation folgte, auch außerhalb der Stimm- und Sprachabteilung der Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten hätte durchgeführt sein können.

Zu Frage 3: In der Beurteilung einer Sprachveränderung haben sicherlich viele Begriffe ihre Berechtigung. Um aber das Ergebnis einer Patientenbefragung darstellbar zu machen, mußten wir uns auf vorstehende einfache Begriffe beschränken. Wir wußten, daß bei dieser Wahl feinere Abstufungen verloren gehen würden. Doch glaubten wir wohl nicht zu Unrecht, daß es für die Patienten schwer sein würde, ihre eigene Sprache zu beurteilen. Hätten sie zusätzlich noch qualitativ nahe beieinanderliegende Begriffe abgrenzen müssen, wären sie unserer Ansicht nach überfordert gewesen.

Zu Frage 4: Betrifft nur Patienten, die Frage 2 mit "ja" beantwortet haben.

Zu Frage 5: Die Erläuterung von Frage 3 gilt auch hier sinngemäß.

Zu Frage 6: Eine Häufung von positiven Antworten könnte auf einen Zusammenhang von körperlicher Mißbildung und Sprachhemmung hindeuten. "Die zentripetale Artikulationsverlagerung führt zum Zustand des multiplen oder universellen Stammelns" (ARNOLD zitiert nach TRENTSCHEL).

Zu Frage 7: In der Literatur wird übereinstimmend auf die notwendige Einheit von chirurgischer Therapie und Sprecherziehung hingewiesen. Wir wollten mit Frage 7 Motive ermitteln, die unsere Patienten veranlaßt haben, auf einen wichtigen Bestandteil der Behandlung zu verzichten. Zu den vorgegebenen Antworten haben einige Patienten noch zusätzliche Angaben gemacht, auf die wir in Kapitel IV eingehen werden.

Zu Frage 8: Viele Autoren (v. ESSEN, GUTZMANN) berichten, daß die kompensatorische Mitbeteiligung von Zungen-, Nasen- und Gesichtsmuskulatur bei Spaltträgern zum Näseln beiträgt. Wir wollten von den Patienten wissen, ob sich derartige Muskelbewegungen auf die Mimik auswirkten.

Zu Frage 9: Als Erläuterung zu dieser Frage möchten wir TRENTSCHEL zitieren: "Wenn der Spaltträger nicht ausdrücklich auf seine fehlerhafte Aussprache aufmerksam gemacht wird, lebt er im allgemeinen in dem Bewußtsein, richtig zu artikulieren, obwohl er mit seinen naturgegebenen Möglichkeiten den muttersprachlichen Lautwert häufig nur relativ erreichen kann."

Es sei angefügt, daß ein Patient versicherte, er habe das Näseln erst im Alter von 16 Jahren bewußt wahrgenommen.

Zu Frage 10: Spaltträger leiden im Säuglingsalter häufiger an Erkrankungen des Mittelohrs als Nichtmißgebildete. (HERFERT)

Zu Frage 11: Mit diesen beiden Fragen lag uns daran, zu erfahren, ob sich einerseits im Vergleich zu Frage 10 auch eine auffallende Häufung von Mandelerkrankungen und andererseits ein gehäuftes Auftreten einer Kinderkrankheit nachweisen ließen.

HERFERT erwähnt unter anderem als Indikation für eine sprachverbessernde Operation den Ausfall der Velumfunktion nach diphtherischer Lähmung und den postoperativen Zustand nach tiefgreifender Tonsillektomie mit starker, flächenhafter Vernarbung und Unbeweglichkeit der seitlichen Pharynxwände.

Zu Frage 12: Im Rahmen der Untersuchungen interessierten uns hier im Zusammenhang mit den Fragen 10 und 11 sonstige Kinderkrankheiten oder Besonderheiten.

Die Fragen 13 bis 21 einschließlich galten der Betrachtung von Milieu und Beruf der Patienten.

Auch wollten wir besonders durch die Fragen 14, 16, 17 und 18 erfahren, ob die Patienten sich durch ihre Sprachstörung in ihrer sozialen und beruflichen Entwicklung beeinträchtigt fühlten.

III d. Ergebnis der Befragung

In dem Zeitraum von 1961 bis 1971 wurden 49 sprachverbessernde Operationen ausgeführt. Adressen waren von 43 Patienten zu ermitteln, die alle angeschrieben wurden. Von diesen waren 10 Personen unbekannt verzogen. Antworten erhielten wir von 30 Patienten, ein Fragebogen war nicht ausgefüllt. Auswertbar waren also 29 Fragebogen.

Bemerkung: Die Summe der Antworten ergibt nicht in jedem Fall die Zahl 29, weil

- a. Fragen nicht beantwortet wurden,
- b. Antworten auf vorhergehende Fragen eine Stellungnahme ausschlossen.

Wir haben diese Fälle mit dem Satz "trifft nicht zu" gekennzeichnet.

Die Antworten lauteten:

Frage 1	ja: 25	nein: 4
Frage 2	ja: 9	nein: 20
Frage 3	sehr gebessert	: 6
	gebessert	: 16
	nicht gebessert	: 5

Frage 4	sehr gebessert	: 1
	gebessert	: 8
	trifft nicht zu	: 20
Frage 5	normal	: 1
	brauchbar	: 22
	mangelhaft	: 6
Frage 6	ja	: 9
	nein	: 19
	nicht beantwortet	: 1
Frage 7	a	: 8
	b	: 5
	c	: 11
	Trifft nicht zu	: 7

Wir möchten darauf aufmerksam machen, daß hier die Zahl 29 überschritten wird. Einige Patienten haben zusätzlich zu den vorgegebenen Antworten eigene Kommentare abgegeben. (Wir werden auf diese Stellungnahme in Kapitel IV eingehen, wollten aber schon hier eine mögliche Unklarheit beseitigen).

Frage 8	ja	: 2
	nein	: 26
	nicht beantwortet	: 1
Frage 9	von Geburt an	: 5
	Jahre nach der Geburt	: 12
	nicht beantwortet	: 12
Frage 10	ja	: 14
	nein	: 15
Frage 11	ja	: 11
	nein	: 18

Frage 12	ja	: 16
	nein	: 13

Die Angaben der Patienten
enthielten im einzelnen eine
Vielfalt von Krankheitsbil-
dern. Auf den Aussagewert
gehen wir in Kapitel IV ein.

Frage 13	Volksschule	: 19
	Mittelschule	: 2
	Oberschule	: 2
	Universität	: 1
	Sonstige, z.B. Sonder- schulen	: 2
	Volksschule mit weiter- führenden Schulen außer Mittel- und Oberschule	: 2

Frage 14	ja	: 23
	nein	: 5

Ein Patient besuchte zum be-
treffenden Zeitpunkt noch
keine Schule.

Frage 15	ja	: 7
	nein	: 20

Ein Patient ~~siehe~~ Frage 14
Ein Patient machte keine
Angabe

Frage 16	ja	: 14
	nein	: 15

Frage 17	ja	: 11
	nein	: 18

IV. Kritische Betrachtung der Ergebnisse

Ziel unserer Bemühungen war es, Aussagen über die Ergebnisse sprachverbessernder Operationen zu erhalten.

Von 29 Patienten haben 6 ihre Sprache nach der Operation mit "sehr gebessert" und 16 mit "gebessert" bezeichnet. Faßt man diese beiden Gruppen zusammen, ergibt sich, daß 22 Patienten ihre Sprache für zumindest verbessert halten.

23 Patienten hielten ihre Sprache für "brauchbar" oder "normal", doch muß gesagt werden, daß hier die Zahl der Patienten, die ihre Sprache für "brauchbar" hielten, mit 22 die überwiegende Mehrheit bildet. Bemerkenswert ist, daß nur 9 Patienten die Frage 6 mit "ja" und 19 mit "nein" beantworteten. Eine Sprachstörung scheint nach diesem Resultat kein großes Kommunikationshindernis zu sein, dafür sprechen auch die Antworten auf die Fragen 14 und 15. 12 Patienten haben ihre Mißbildung erst Jahre nach der Geburt bemerkt, während sie bei 5 Patienten von Geburt an registriert wurde. Hinzugefügt sei jedoch, daß auf diese Frage 12 Patienten keine Angaben machten.

Von den Befragten kamen 23 gut in der Schule mit, 7 wurden einmal nicht versetzt. Von den befragten Personen besuchten mit 19 die Mehrheit die Volksschule und zwei weiterführende Schulen, außer Mittelschule und Oberschule, die sich an die Volksschule anschlossen. Zwei Patienten besuchten eine Sonderschule.

Zusammen ergibt sich, daß von 29 Personen 23 auf einer der unteren Bildungsstufen standen. (Tab. 1)

Tabelle 1

<u>Aufstellung der angegebenen Berufe</u>		
Eigene Berufe:	Hausfrau	: 2
	Handwerker	: 6
	Student	: 1
	Arbeiter	: 5
	Techniker	: 2
	Angestellter	: 7
	Schüler	: 2
	Akademiker	: 1
	ohne Angabe	: 2
Elternberufe:	Kaufmann	: 1
	(Vater) Angestellter	: 4
	Handwerker	: 6
	Ingenieur	: 2
	Landwirt	: 3
	Rentner	: 3
	Beamter	: 4
	ohne Angabe	: 6
(Mutter)	Hausfrau	: 11
	Angestellte	: 2
	Arbeiterin	: 1
	Lehrerin	: 1
	Landwirtin	: 1
	Rentnerin	: 2
	ohne Angabe	: 11

Ein ungestörtes Verhältnis zu ihrer Umgebung besitzen die Befragten aber nicht, denn 14 hatten Hemmungen in der Schule und 11 wurden von den Mitschülern wegen ihrer Sprachstörung gehänselt. Für 11 Personen waren diese Hemmungen der Grund, sich operieren zu lassen, ein Entschluß, zu dem nach den Angaben von 20 Patienten Überwiegend der Arzt oder Zahnarzt mit ihrem Rat beigetragen haben.

Die Eltern wurden hier in nur 8 Fällen als treibende Kraft angegeben, den Sprachfehler ihrer Kinder behandeln zu lassen. Es kann nur vermutet werden, daß dies aus Unkenntnis der therapeutischen Möglichkeiten unterlassen wurde.

Auffallend war die hohe Zahl von negativen Antworten auf Frage 2. Im Zusammenhang mit den Antworten auf die Frage nach den Gründen für die Unterlassung der Sprechtherapie ergab sich, daß 8 Patienten mit dem Ergebnis der Operation so zufrieden waren, daß sie eine anschließende logopädische Therapie nicht für erforderlich hielten. Bei Frage 5 hatten sich aber 22 Patienten für die Antwort "brauchbar" entschieden.

Hier besteht ein Widerspruch, der teilweise durch Briefe und zusätzliche Kommentare erklärt wird, die einige Patienten den Antwortschreiben beigelegt hatten.

Die Gründe, die für die Vernachlässigung der Sprechtherapie genannt wurden, lagen vorwiegend im Fehlen finanzieller Mittel sowie in der Schwierigkeit, einen Therapeuten in einer annehmbaren Entfernung zu finden. Bei Zusammenfassung der Antworten zu Frage 7, Gruppe b und c, und den oben aufgeführten zusätzlichen Kommentaren ist nach den Angaben der Befragten die Aufnahme der logopädischen Behandlung, insbesondere in stadtfernen Gebieten mit Schwierigkeiten verbunden. Der Überwiegende Teil unserer Patienten hat vor der Operation in einem Dorf oder einer Kleinstadt gelebt.

Keine auffallende Häufung von Mittelohr- und Mandelentzündungen ist bei unseren Patienten nach ihren Antworten auf die Fragen 10 und 11 in ihrer Kindheit zu verzeichnen gewesen. Das gleiche Resultat finden wir bei der Frage nach den sonstigen Kinderkrankheiten. Die Antworten haben eine Vielzahl von Krankheitsbildern erbracht, die keinen Zusammenhang mit der körperlichen Mißbildung erkennen ließen (s. Tabelle 2).

Tabelle 2

Aufstellung der Kinderkrankheiten

Diphtherie-Masern	: 1
Diphtherie	: 1
Masern	: 5
Masern-Mumps	: 2
Keuchhusten	: 1
Bronchitis	: 1
Windpocken	: 1
Röteln-Masern-Keuchhusten	: 2
Masern-Mumps-Windpocken	: 1

Masern-Mumps-Röteln	: 1
Masern-Windpocken-Keuchhusten-Mumps	
Rachitis-Lungenentzündung	: 1
Lungenentzündung	: 1
Röteln-Masern-Windpocken	: 1
Scharlach	: 1

In 25 Fällen wurde die Frage nach anderen Personen in der Familie mit der gleichen Erkrankung mit negativ beantwortet, nur in 4 Fällen war die Antwort positiv. Nach den Angaben der Patienten wurde von diesen 4 Personen nur eine behandelt.

Diese Antworten gestatten den Schluß, daß in der Überwiegenden Mehrheit keine erbliche Mißbildung vorlag.

Eine Aussage von statistischem Wert auf der Basis von 29 Patienten zu machen, ist nicht möglich. Diese Absicht lag auch unserer Untersuchung nicht zugrunde. Dafür war die Zahl der Befragten zu klein.

Wir glauben dennoch einige Aufschlüsse über die Ergebnisse sprachverbessernder Operationen im Zusammenhang mit der notwendigen postoperativen Sprachtherapie erhalten zu haben.

1. Die seelische Belastung der Spaltträger scheint, zumindest nach deren Angaben, geringer, als wir annahmen.
2. Die Patienten betrachten das Ergebnis der Operation in der Mehrheit als zufriedenstellend.
3. Die Sprecherziehung von Spaltträgern nach der Operation ist nach deren Angaben in stadtfernen Gebieten verbesserungswürdig.

Abschließend möchten wir nochmals betonen, daß wir unsere Befragung ausschließlich als Ergänzung zu klinischen Untersuchungen betrachten.

Z u s a m m e n f a s s u n g

Bei 29 Patienten der Münchner Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten wurden durch eine Befragung die Ergebnisse sprachverbessernder Operationen aus der Sicht der Patienten untersucht.

Es wurden 24 Fragen gestellt, die sich sowohl auf die Resultat der Operationen bezogen, als auch das Problem der Beziehung des Spaltträgers zu seiner Umgebung ansprachen.

Nach den Angaben der Befragten ergab sich:

1. 16 Patienten bewerteten ihre Sprache nach der Operation mit "sehr verbessert", 6 mit "verbessert".
2. 22 Patienten betrachten ihre Sprache nach der Operation als "brauchbar".
3. In ihrem Verhältnis zur Umgebung waren die befragten Personen Belastungen ausgesetzt, jedoch waren diese geringer, als wir angenommen hatten.
4. Die Aufnahme der postoperativen Sprechtherapie in stadtfernen Gebieten war mit Schwierigkeiten verbunden.
5. Eine familiäre Häufung der Rhinolalia aperta war nicht zu verzeichnen.

L i t e r a t u r h i n w e i s e

- Axhausen, G.: Über das sprachliche Ergebnis bei 300 Gaumenplastiken. Zbl.Chir. 69, 770 (1942)
- Bick, W. u. R. Stellmach: Die Darstellung der velopharyngealen Insuffizienz im Röntgenbild und ihre klinische Bedeutung. Dtsch.-Zahn-Mund-Kieferhkl. 32, 117 (1960)
- W. Bethmann u. T. Nitzsche: Begleiterscheinungen bei Vorliegen von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten im Thallwitzer Patientengut. Dtsch.Stomat. 22 (1972) H.12,907
- Bauer, H.: Eine neue Methode zur logopädischen Therapie der Rhinolalia aperta. Folia phoniata. 21, 426-432 (1969)
- Cox, J.B. u. B. Silverstein: Experiences with the posterior pharyngeal flap for correction of velopharyngeal insufficiency. Plast. Surg., Baltimore, 27,40 (1961)
- Conway, H. u. G. Dicran: Experiences with the pharyngeal flap in cleft palate surgery. Plast. Surg., Baltimore, 26,590 (1960)

- v. Essen, O.: Zitiert nach Trentschel
Sprechkundliche Beobach-
tungen und Erfahrungen bei
der postoperativen Sprech-
erziehung von Gaumenspalten-
trägern
Fol.phoniast., Basel,
11, 184 (1959)
- Grimm, G.
Meinhold, G. u.
Suttner, J.: Vergleichende Untersuchungen
Über den sprachverbessernden
Wert verschiedener Pharynx-
plastiken bei Spaltträgern
Dtsch.Zahn-Mund-Kieferhk.
40, 433 (1963)
- Greene, M.C.L.: The Cleft Palate Patient with
Incompetent Palatopharyngeal
Closure
Fol. phoniast. 7, 173 (1955)
- Herfert, O.: Sprachverbessernde Operationen
nach funktionell unbefriedigen-
der Gaumenplastik
Dtsch.Zahn-Mund-Kieferhk.
17, 265-286 (1953)
- Herfert, O.: Experimenteller Beitrag zur
Frage der Schädigung des Ober-
kieferwachstums durch vorzeitige
Gaumenspaltenoperation
Dtsch.Zahn-Mund-Kieferhk.
20, 369 - 381 (1954)

- Hartmann, E.: Zitiert nach Trentschel
Sprechkundliche Beobachtungen
und Erfahrungen bei der post-
operativen Sprecherziehung von
Gaumenspalenträgern
Fol.phoniatr. 11, 1968 (1959)
- Loebell, E. u.
Loebell, G.: Die funktionellen Ergebnisse
der Pharyngoplastik nach der
Münchener Methode
Arch. Ohr-Nas.-Kehlkhhk.
180, 546 (1962)
- Mc. Coy, F.J.,
u. Zahorsky, C.L.: A new approach to the elusive
dynamic pharyngeal flap.
Preliminary report.
Plast. Reconstr.Surg. 49 (1972)
H. 2, 160.
- Schweckendieck, W.: Die Ergebnisse der Kieferbildung
und die Sprache nach der primären
Veloplastik
Arch.Ohr-Nas.-Kehlkhhk. 180, 541
(1962)
- Smith, J.K.;
Huffman, W.C.;
Liele, D.M.;
Moll, K.L.: Results of Pharyngeal Flap
Surgery in Patients with Velo-
pharyngeal Incompetence
Plast. Surg., Baltimore,
32, 493 (1963)
- Stănescu, V. u.
Tonescu, M. : Importanta reeducării, respiratorii
si a creșterii capacității vitale priu
exercitii, la tulburările consecutive
disfuncțiilor labio-maxilo-palatine.

- (Die Bedeutung der respiratorischen Umschulung und die Steigerung der Vitalkapazität durch Übungsbehandlung bei Störungen infolge von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten)
Stomatologia (Buc.) 19
(1972) H. 1, 61
- Sturim, H.S. u.
Jacob Cl. T.:
Teflon pharyngoplasty
Plast. reconstr. Surg. 49
(1972) H. 2, 180
- Trentschel, W. u.
Schönberger, A.:
Indikationen und Ergebnisse sprachverbessernder Operationen bei Gaumenspaltenpatienten. Wissenschaftl. Zeitung der Univ. Rostock, 19. Jahrgang, 1963 Mathemat.-Naturwissenschaftl. Reihe, Heft 3/4
- Trentschel, W.:
Phonetisch-logopädische Hinweise für die Zahn-Mund- und Kieferheilkunde
Dtsch. zahnärztl. Z. 16,
569 (1961)
- Trentschel, W.:
Sprechkundliche Beobachtungen und Erfahrungen bei der postoperativen Sprecherziehung von Gaumenspaltenträgern
Fol. phoniatr., 11, 184 (1959)
- Weismann, Ph. A.:
Indications for pharyngeal flap in primary repair of cleft palate
Plast. reconstr. Surg. 48,
(1971) H. 6, 568

L e b e n s l a u f

Am 6. April 1942 wurde ich, Hermann H. Specht, als Sohn des Zahnarztes Dr. Hugo Specht und seiner Ehefrau Margarete, geborene Meier, in Dortmund geboren.

Nach vier Jahren Volksschule besuchte ich bis 1963 das Adalbert-Stifter-Gymnasium zu Castrop-Rauxel.

1963 legte ich die Reifeprüfung ab und leistete anschließend einen zweijährigen Dienst bei der Bundeswehr ab.

Mit dem Wintersemester 1965/66 begann ich das Studium der Zahnheilkunde an der Universität München, welches ich im Juli 1971 mit dem Staatsexamen abschloß.

Vom 1. 8.1971 bis zum 31. 3.1973 arbeitete ich als Verwalter einer wissenschaftlichen Assistentenstelle an der Klinik für Zahn-Mund- und Kieferheilkunde der Universität München.

Seitdem arbeite ich als Assistent in freier Praxis.

